

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård
Innehållsansvar: Henrieta Jidbratt, (henko2), Överläkare
Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef
Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-01-06

Giltig till: 2027-12-29

Överviktig patient, omhändertagande - intensivvård

Innehållsansvarig: Anette Elovson, IVA-sjuksköterska, Håvard Hoel, IVA-sjuksköterska

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet. Byte av innehållsansvarig.

Bakgrund, syfte och mål

Tillämpas i Skövde

Fetma och övervikt är ett hälsoproblem som drabbar mer än var tionde person världen över och antalet individer med BMI >30 ökar ständigt. Som följd av detta kommer allt fler patienter som vårdas på IVA ha ett högt BMI. WHO delar in övervikt/fetma i 3 klasser, klass 1- BMI 30,0-34,9 fetma, klass 2- BMI 35,0-39,9 kraftig/svår fetma och klass 3- BMI >40,0 extrem fetma. De metaboliska effekterna vid övervikt ökar risken att få diabetes, hypertoni och ateroskleros. En kronisk lågradig inflammation kan ses vid det metabola syndromet till följd av att fettvävnaden utsöndrar en rad cytokiner. Cytokinerna kan ha immunomodulerande eller direkt organpåverkande effekter. Förändringar vid övervikt i respiration, luftvägsanatomi, läkemedelsmetabolism och ett flertal andra fysiologiska förändringar i kroppen leder till utmaningar på IVA.

Andning/respiration

Hos överviktiga patienter hämmas andningen av buk fettet som påverkar diafragma negativt i sitt arbete och minskar residualvolymen, vilket i sin tur kan leda till kollaps av alveoler främst i lungbasen. Den kroniska underventilationen leder i sin tur till shunt, försämrat syrgasutbyte och koldioxidretention. Compliance påverkas också negativt pga. fettvävnad kring revben, diafragma och buk. Cytokiner från fettvävnaden kan dessutom ha en central påverkan genom att minska andningsdriven. Det föreligger samtidigt ett ökat syrgasbehov för att syresätta fettvävnaden. Tidigare beskrivna problem leder till takypné och dyspné. Eftersom överviktiga redan är begränsade i sin andning så blir en patologisk förändring t.ex.

sepsis eller pneumoni en stor risk för andningssvikt. Ödem kan leda till påfrestningar i andningen och även ge kraftiga svettningar. Ett stort omfång kring nacken kan också innebära att patienten är svår att intubera pga. svårigheter att skapa en bra position.

Cirkulation

Övervikt innebär en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och associeras ofta till vänsterkammahypertrofi och dilatation. Överviktiga patienter har en ökad risk för sömnapné, den kroniska hypoxin kan leda till polycytemi och ökad pulmonell hypertension, med högerkammarsvikt som följd.

Hud/vävnad

Det finns en ökad risk för ödem, skadad hud och sår. Vid övervikt finns också en ökad risk för rabdomyolys. Vid extrem övervikt kan blodåterflödet bli försämrat, det ökade trycket i kapillärerna leder till vätskeansamling i underben och fötter. I de svårare fallen även läckage av vätska genom huden. I hudveck kan bakterier och svamp få en bra varm och fuktig grogrund. Eksem och småsår är också vanligt. Under stora hudveck blir lätt huden tunn och skör.

Nutrition

Kritisk sjukdom, stress leder till att kroppen inte kan mobilisera fettdepåerna som energi eller använda protein som främsta energikälla. Därför finns en risk för malnutrition och muskelatrofi. Malnutrition innebär ökad risk för sjukdom och dödlighet. Övernutrition kan dock leda till hög volym, hjärtsvikt, lungödem, högt pCO₂ och hyperglykemi mm. Det föreligger också en ökad risk för reflux och aspiration r.t ökat buktryck.

Smärta

När lederna inte kan böjas eller sträckas fullt ut pga. fettvävnad kan det leda till kontrakturer och ytterligare minskad rörlighet. Det finns också en ökad risk för artros och gikt som medför akut eller kronisk ledinflammation med smärta.

Läkemedel

Patienter med övervikt på IVA kan ha låga proteinnivåer. Detta kan bidra till minskad läkemedelsbindning och öka nivåerna av fritt cirkulerande läkemedel vilket ökar risken för toxiska effekter av läkemedel. Många läkemedel vi använder är fettlösningar t.ex. propofol. Under en längre tid finns risk att det ackumuleras i fett och vävnader. När läkemedlet avslutas suges det åter upp i plasma och kan göra att patienten inte vaknar som förväntat.

Arbetsbeskrivning

Vid val av plats välj i första hand de yttre rummen i varje korridor där taklyften klarar 400 kg.

Andning/respiration

Det krävs ofta högre inspirationstryck hos överviktiga patienter. Efter att ha uppnått hemodynamisk stabilitet har det i studier visats att Trendelenburg-position med 45° är den allra mest gynnsamma positionen för att nå framgång med ventilationen. Låt annars patienten ligga på sida eller sitta upp, men undvik planläge och ha alltid minst 30°. Trakeostomi skall tidigt övervägas, särskilt hos patienter med obstruktiv sömnapné.



Cirkulation

Patienten kan påverkas hemodynamisk vid sänkläge på vänster sida eftersom det då utgör ett ökat tryck på hjärta.

Hud/vävnad

Utför daglig inspektion av hudkostymen och gör lägesändringar ofta.

Nutrition

Enteral alternativt parenteral nutrition skall startas upp, helst från 24 till 48h, efter ankomst generellt när patienten är stabil hemodynamiskt. Viktigt med kontroll av blodsocker. Vid övervikt 18-70 år (BMI > 25) kan den kroppsvikt som motsvarar BMI 25 användas med tillägg av 25 % av den överskjutande vikten, [nutritions-PM](#) finns att tillgå.

Läkemedel

Utgår vid infusion av läkemedel från idealvikt. Utvärdera dagligen sederingsdjup gentemot klinisk respons. Undvik intramuskulära injektioner då det kan hamna subkutant istället.

Aktivitet/förflyttning

- Tidig mobilisering är ofta nyckeln till ett framgångsrikt tillfrisknande. Tips och trix:
- Gör en individuell vårdplan.
- Bestäm innan aktivitet vad som skall göras och hur. Hur många personer behövs? Gör en riskbedömning, vad skulle kunna hända?
- Informera om vad du skall göra, överviktiga patienter är ofta rädda för att falla och att utrustning/hjälpmiddel inte skall hålla.
- Utnyttja patientens resurser, dokumentera vad patienten klarar själv, vilka hjälpmedel som behövs och hur många personal som stöd för nästa personal som tar över.

- Undvik manuella lyft och använd fantasin, använd t.ex. lyftsele för ben till personlyften vid omläggning av fot.
- Se till att allt finns på plats innan förflyttningen.
- Använd sängens hjälpfunktioner.
- Undvik ojämn arbetsbelastning och att arbeta i ”otakt”.
- Vid överflyttning från säng till säng-tänk på att hjulen inte står i samma riktning som patienten förflyttas då det finns risk att de glider isär trots att hjulen är låsta.
- Vid mobilisering till sittande är det viktigt att fötterna når golvet alternativt att ha en fotpall så inte patienten glider ur sängen.
- Vid förflyttning är det inte hjälparens muskelkraft utan tekniken eller hjälpmedlen som ska ”bära” patienten.
- Vid tvättning kan buken lyftas försiktigt med hjälp av en handduk eller draglakan det kan vara smärtsamt för patienten och tungt för vårdpersonalen att lyfta hudveckan. Magveckan kan torkas med hjälp av en hårfön som är inställd på det kallaste.
- Om rumpan är stor kan det underlätta med extra stöd till ryggen för att ligga bekvämt.
- En överviktig patient som mobiliseras till fätölj har lättare att resa sig genom att sitta långt fram på stolen. För att få fram patienten längre i fätöljen kan ett draglakan användas bakom stussen samtidigt som patienten lyfter sina armar och då lättar tyngden på sittbensknölna.
- Gravyt överviktiga har ibland besvär med att buken hänger fram över benen, detta påverkar balansen.
- Om patienten skulle falla är det viktigt att inte försöka hindra eller lindra fallet, utan istället inrikta sig på att ta bort föremål patienten kan slå sig på, för att undvika skador på personalen.
- Vid ev. användning av mobil personlyft, försök inte köra runt med den utan hämta ex sängen eller fätöljen patienten skall förflyttas till.
- Hos en överviktig patient är inte friktionsytorna lika tydliga, utan hela kroppen blir som en stor friktionsyta. Om patienten är varm och svettig ökar motståndet ännu mer. Därför är det extra viktigt att använda friktionsreducerande material och förstås fler vårdpersonal som samarbetar för att undvika friktionsskador på huden.
- Med hjälp av dubbla draglakan eller förflyttningsslakan över ett friktionsreducerande material så kan patienten vändas på sidan, använd sängens tippningsfunktion också.
- Vid användning av lyftbygel använd helst fyra krokar eftersom det genererar ett större sitt djup och större understöds yta, det minskar också risken för att lyftselen skall skära in mellan patientens ben. Vid användning av mobil dusch/toastol finns det risk att stolen tippas om patienten lutar sig framåt, ställ en låg pall under stolens fotplattor för att förebygga detta.

Psykosocialt

Var ärlig, överviktiga patienter känner väl till sin vikt och sina begränsningar. Tänk på ditt eget kroppsspråk och bemöt patienten med respekt. Fysisk närhet kan i många fall upplevas obehagligt. Ofta har patienten redan en försämrad självbild, undvik att låta omvårdnaden bidra till att den ökar.

Hjälpmedel

Sängar:

HillRom Compella, 113-454 kg, 1st
Linnet Multicare, 185 kg, 10 st
Linnet Eleganza + Curacell luftmadrass, 185 kg, 2 st

Brits:

Caretec S10, 225 kg, 20 st

Takliftar:

Taklift IVA plats 2, 3, 6, 7, 10 och 11, Guldman, 250 kg
Taklift, IVA plats 1, 4, 5, 8, 9 och 12, Guldman, 400 kg
Transportabel lift, Viking, 250 kg, 1st
I apparatrummet finns 1 st x-bygel, 400 kg, som underlättar vid bobilisering av bred patient.

Lyftskynken:

Guldman, Basic High, S, M, L, XL, 255 kg, ska finnas minst 2 st av varje
Guldman, Sit-On High, M, L, XL, 255 kg, ska finnas minst 1 st av varje
Guldman, Basic Shell, S, L, 255 kg, finns 1 st av varje
Liko Reposheet, hel matta, 500 kg, 2 st
Ben-skyнке, 200 kg, 1st
Liko mobiliseringsväst, 200 kg, 1 st
Guldman, planliftsele, enpatients, 350 kg. Kan användas i lyftbygeln på CT.

Mobiliseringsstol:

Sara Combilizer, 200 kg, 2st
Linnet Sella, 150 kg. På varje IVA-sal + totalt 6 st på Postop

Överflyttningsplattform:

Sara Stedy, 182 kg, 1 st

Gåbord:

Gate (nyaste), 150 kg, 1st
Adam (äldsta), 220 kg, 1st

Duschpall, 160 kg, 10 st

Duschbrits: 182 kg

Toastol:

Transportabel, Rehab (svart), 270 kg
Transportabel, Etac (grön), 130 kg
Vägghängda toaletter, 400 kg

Käll- och litteraturförteckning

Brent, E, Wisse. (2004). The Inflammatory Syndrome: The Role of Adipose Tissue Cytokines in Metabolic Disorders Linked to Obesity. *Journal of the American Society of Nephrology*, 15, 2792-2800.

Burns et al. (1994). Effect of body position on spontaneous respiratory rate and tidal volume in patients with obesity, abdominal distention and ascites. *American Journal of Critical Care*, 3, (2).

Charlebois, D, & Wilmoth, D. (2004). Critical Care of Patients with Obesity. *Critical Care Nurse*, 24, (4).

Hales, et al. (2016). Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography. *International Journal of Nursing Studies* 58, 82-89.

Hurt, et al. (2011). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, vol.35, suppl.1.

Winkelman, C. & Maloney, B. (2005). Obese ICU Patients. *Clinical Nursing Research*, 14, (4), 303-323.

Reifeldt, K. (2008). Förflyttning med övervikt: en skrift om hur omvårdnad och förflyttningar kan anpassas till människor som har en funktionsnedsättning till följd av extrem fetma. Göteborg: Hjälpmedelscenter Väst.

Winkelman, C., Maloney, B., & Kloos, J. (2009). The Impact of Obesity on Critical Care Resource Use and Outcomes. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 21, 403-422.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Innehållsansvar: Henrieta Jidbratt, (henko2), Överläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9696-242963441-136

Version: 10.0

Giltig från: 2026-01-06

Giltig till: 2027-12-29